

POLI CONDRI TIS RECI DI VANTE. INFORME DE UN CASO

Andrés Luis Díaz Pérez¹, Lisandra Caridad Cabrera Mendoza², Dayenis Álvarez Carvajal³, Carmen Julia Cabello Valladares⁴

¹Estudiante de 4to año de Medicina.Alumno Ayudante en Otorrinolaringología. Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara: Dr. "Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Policlínico Docente Sur. FUMS de Placetas. Facultad de Medicina.

²Estudiante de 4to año de Medicina.Alumna Ayudante en Pediatría.Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara: Dr. "Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Policlínico Docente Sur. FUMS de Placetas. Facultad de Medicina.

³Estudiante de 4to año de Medicina.Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara: Dr. "Serafín Ruiz de Zárate Ruiz". Policlínico Docente Sur. FUMS de Placetas. Facultad de Medicina.

⁴Especialista de I grado en Medicina General Integral. Especialista de I grado en Otorrinolaringología. Máster en Urgencias Médicas. Profesora Asistente. Hospital General Docente de Placetas. Tutor de la investigación

Correspondencia a: Andrés Luis Díaz Pérez. Correo electrónico: andresldp@edu.vcl.sld.cu

Recibido: 9 de diciembre de 2015

Aceptado: 17 de enero de 2016

RESUMEN

La policondritis recidivante es una afección sistémica crónica y recidivante que afecta preferencialmente el tejido cartilaginoso de diversos órganos y sistemas produciendo una condromalacia con efectos adversos de los órganos comprometidos. El cuadro clínico compromete generalmente los cartílagos de las orejas y el globo ocular, con tumefacción y dolor, subsecuentemente se tornan blandos. Con frecuencia se compromete el septum nasal, ocasionando diversos grados de deformidad. Se presenta una paciente de 47 años, sexo femenino, piel blanca, procedencia rural, con antecedentes de Hipertensión Arterial bien tratada hace 27 años, que acude por presentar un dolor y sensación quemante en el pabellón auricular derecho.

Palabras clave: policondritis recurrente; cartílago; enfermedades autoinmunes

ABSTRACT

Relapsing polychondritis is a systemic chronic relapsing condition and that preferentially affects the cartilage tissue of various organs and systems producing chondromalacia with adverse effects on the organs involved. The clinical picture usually involves the cartilage of the ears and the eyeball, with swelling and pain subsequently turn soft. Often the nasal septum is compromised, causing varying degrees of deformity. A 47 year old female, white skin, rural origin, with a history of well treated Hypertension 27 years ago, who came to present pain and burning sensation in the right ear.

Key words: relapsing polychondritis; cartilage; autoimmune diseases

INTRODUCCIÓN

La policondritis recidivante es una entidad poco frecuente, con una incidencia anual estimada de 3,5 casos por millón de habitantes. Puede presentarse a cualquier edad, siendo más frecuente entre la tercera y cuarta década de la vida.¹ Si bien la etiología es aún desconocida, la presencia de autoanticuerpos contra el colágeno tipo II durante los ataques agudos (proteína presente en el tejido cartilaginoso) y el hallazgo de complejos inmunes circulantes orientan al carácter inmunomediado de su patogenia.^{1, 2}

La primera descripción de la enfermedad data de 1923 por Wartenhorst. En 1960 Pearson introduce el término policondritis y destaca su naturaleza episódica.³

Los episodios inflamatorios pueden durar días o semanas y se resuelven con tratamiento o de forma espontánea. Los cartílagos elásticos de oídos y nariz son los más frecuentemente afectados, aunque otros cartílagos como los articulares periféricos, fibrocartílagos de articulaciones axiales y cartílagos traqueobronquiales pueden verse comprometidos.¹ También puede afectar las estructuras con proteoglicanos como los ojos, el corazón, el riñón y los vasos sanguíneos, produciendo vasculitis.^{4, 5} Las manifestaciones neurológicas se observan sólo en el 3% de los casos y las convulsiones han sido descritas en muy pocos casos en la literatura¹. La asociación habitual con artritis reumatoidea y la vasculitis sistémica, el lupus eritematoso y otras enfermedades del tejido conectivo, sugieren un origen autoinmune.²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Dolor y sensación quemante en el pabellón auricular derecho. HEA: Paciente de 47 años, sexo femenino, piel blanca, procedencia rural, no tiene hábitos tóxicos. Con antecedentes de hipertensión arterial hace 27 años, bien tratada. Hace aproximadamente 5 años refiere que comenzó, de forma súbita, con un dolor y sensación quemante en el pabellón auricular derecho. Por esta causa visitó varias veces a su médico de familia e incluso la unidad hospitalaria donde se constató eritema, edema e hipertermia que involucraba el cartílago del oído, pero

no el lóbulo. Esto le ocasionó la destrucción de las estructuras cartilaginosas normales con reemplazo por tejido fibroso, el oído se deformó y adquirió un aspecto nodular (Figuras 1 y 2).

Figuras No.1 y No.2. Deformación del cartílago de ambas orejas



El diagnóstico fue mediante una biopsia cutánea la cual arrojó condritis auricular que en este caso fue derecha, pero solo tomó un año para convertirse en bilateral. Después de un tiempo comenzó el dolor nasal, la odinofagia y la dificultad para el habla; causándole también deformidad del septum nasal adoptando la forma clásica "en silla de montar" (Figura No.3); además disfonía, tos y dolor a la palpación de laringe y tráquea.

Figura No. 3. Nariz en silla de montar



Examen Físico

- Rinoscopia anterior: sin alteraciones.
- Otoscopia: membrana timpánica deprimida.

- Laringoscopia indirecta: sin alteraciones.

DISCUSIÓN

La enfermedad aparece en la edad media de la vida alcanzando su máximo entre los 40 y los 60 años de edad, aunque se han descrito casos en niños, adolescentes y ancianos, la relación hombre mujer es de 1:1 a 1:3.⁶ Su patogenia es desconocida; hasta un 25% de las policondritis recidivantes se asocian a otras enfermedades autoinmunes sistémicas como poliarteritis nodosa, lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, enfermedad mixta del tejido conectivo y enfermedad de Sjögren.¹

La descripción clínica, además de la sintomatología del caso reportado coincide exactamente con la información publicada por los autores en bibliografía consultada.

¹ El comienzo de la enfermedad suele ser agudo, a menudo con una reacción febril inicial, los cartílagos más afectados son pabellones auriculares, cartílago nasal y anillos traqueales, la debilidad del cartílago tiroides y de la parte anterior de la tráquea provoca tos, disnea y ronquera persistente.²

Se consideran criterios diagnósticos de esta enfermedad: condritis auricular bilateral, poliartritis seronegativa no erosiva, condritis nasal, inflamación ocular, condritis del tracto respiratorio, disfunción coclear y/o vestibular, biopsia compatible; se requieren 3 o más de estos criterios para el diagnóstico de esta enfermedad.^{2, 7, 8} La condritis auricular es la manifestación más frecuente, es la característica clásica de la policondritis recidivante, presentándose en el 85-95% de los pacientes.²

Cuando la policondritis recidivante afecta sólo a órganos internos como el árbol traqueobronquial, su diagnóstico se hace aún más difícil y es de suma importancia su reconocimiento pues es potencialmente letal al complicarse con infecciones; en cambio, cuando afecta la piel, como la de los pabellones auriculares o de la nariz, que tienen estructuras cartilaginosas, el diagnóstico es más sencillo, mediante una biopsia cutánea.⁶

El tratamiento cuando se presenta la condritis es en base a antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y dosis bajas de prednisona vía oral. Cuando haya manifestaciones laringotraqueales, oculares o glomerulonefritis se inicia prednisona a dosis de 1 mg/kg/día. Una vez obtenida la respuesta se comienza el descenso gradual de los corticoides hasta su retirada. Pueden requerirse dosis bajas de prednisona como mantenimiento si se observan recurrencias frente a la suspensión de los corticoides. Cuando existe refractariedad o las dosis de corticoides para mantener al paciente libre de síntomas son elevadas, pueden utilizarse inmunosupresores como ahorradores de corticoides, tales como metotrexate o azatioprina.¹⁻⁹

CONCLUSIONES

El caso reportado resulta una clásica presentación de policondritis recidivante; enfermedad de escasa incidencia, relacionada con entidades autoinmunes donde se afectan las estructuras cartilaginosas siendo la condritis auricular la manifestación más frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sharma A, Gnanapandithan K, Sharma K, Sharma S. Relapsing polychondritis: a review. ClinRheumatol (2013) 32:1575–1583
2. Román Ivorra JA. Policondritis Recidivante. En: Sociedad Española de Reumatología. Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas. España: SER; 2014. p. 277-281.
3. Martínez De Lagrán Z, Concepción M, Saracibar N, Soloeta R. Policondritis recidivante: una entidad no siempre fácil de diagnosticar. Piel. Formación continuada en dermatología [Internet]. 2011 [citado 30 Nov 2015]; 27(5): [aprox. 2p.].
4. Sosada B, Loza K, Bialo E. Relapsing Polychondritis. Case Rep Dermatol Med. [Internet]. 2014 [citado 30 Nov 2015]; 2014: [aprox. 6p.].
5. Relapsing polychondritis clinical presentations, disease activity and outcomes. Orphanet J RareDis [Internet]. 2014 [citado 2015 Nov 30]; 9(198): [aprox. 4p.].
6. Cervera H, Cajigas JC, Ventura L, Torres V, Prieto RE, García ML, et al. Policondritis recidivante: análisis de 15 casos. RevMedInstMex Seguro Soc [Internet]. 2011 [citado 30 Nov 2015]; 49(6): [aprox. 6p.].
7. Anchan SV, Garag SS, Arunkumar J S, Prasad KC, Sharma PV. An Interesting Case of Relapsing Polychondritis in A Young Girl. J ClinDiagn Res. [Internet]. 2013 [citado 30 Nov 2015]; 7(12): [aprox. 6p.].
8. Bhamra K, Weerasinghe R, Steuer A. Epididymo-Orchitis as a Presenting Feature of Relapsing Polychondritis: A Case Report. Case RepRheumatol. [Internet]. 2012 [citado 30 Nov 2015]; 2011: [aprox. 6p.].

9. Maldonado CA, Marín E, Sánchez D, Maya S, Sil S. Condritis auricular recidivante. Rev Cent Dermatol Pascua [Internet]. 2010 [citado 30 Nov 2015]; 19(2): [aprox. 5p.].